

Para solicitantes o afiliados **nacidos en Massachusetts** que desean asistencia consiguiendo prueba de su ciudadanía de los E.E.U.U., **por favor complete, firme y ponga la fecha en este formulario** y envíelo a uno de los Centros de inscripción de MassHealth (MEC, por sus siglas en inglés) más cercanos a su lugar de vivienda listados a continuación.

**Revere MEC**

300 Ocean Avenue  
Suite 4000  
Revere, MA 02151

**Taunton MEC**

21 Spring Street  
Suite 4  
Taunton, MA 02780

**Springfield MEC**

333 Bridge Street  
Springfield, MA 01103

**Tewksbury MEC**

367 East Street  
Tewksbury, MA 01876

Para solicitantes o afiliados **nacidos fuera de Massachusetts** que desean asistencia consiguiendo prueba de su ciudadanía de los E.E.U.U., MassHealth podría asistirlo. Por favor llame al Servicio al cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648, para personas con sordera parcial o total).

Complete una sección a continuación por CADA solicitante o afiliado que esté solicitando o recibiendo beneficios, que fue nacido en Massachusetts, y que desea asistencia para obtener prueba de su ciudadanía estadounidense por medio del Registro de estadísticas vitales de Massachusetts.

**Nota:** Cuando se encuentre llenando las secciones a continuación, asegúrese de escribir con letra de imprenta el nombre de cada solicitante o afiliado tal como figura en el certificado de nacimiento de dicha persona.

Apellido actual del <b>solicitante/afiliado</b>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del <b>solicitante/afiliado</b> (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento (si es diferente)		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

Apellido actual del <b>solicitante/afiliado</b>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del <b>solicitante/afiliado</b> (si es diferente)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento (si es diferente)		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre (a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

X \_\_\_\_\_  
Firma de la persona llenando el formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta de la persona llenando el formulario

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad/pueblo, estado, código postal

Apellido actual del <b>solicitante/afiliado</b>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del <b>solicitante/afiliado</b> <i>(si es diferente)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i>		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

Apellido actual del <b>solicitante/afiliado</b>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del <b>solicitante/afiliado</b> <i>(si es diferente)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i>		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

Apellido actual del <b>solicitante/afiliado</b>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Apellido de nacimiento del <b>solicitante/afiliado</b> <i>(si es diferente)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")
Fecha de nacimiento	Género a la fecha de nacimiento <i>(si es diferente)</i>		
Nombre del hospital en Massachusetts	Ciudad de nacimiento en Massachusetts		
Apellido de la madre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Nombre de soltera de la madre
Apellido del padre/Co-padre <i>(a la fecha de nacimiento del solicitante/afiliado)</i>	Nombre	Inicial	Sufijo (ej., "Jr.")

X \_\_\_\_\_  
Firma de la persona llenando el formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta de la persona llenando el formulario

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad/pueblo, estado, código postal